

YIAN ZHUIZONG
YILIAO FALV ZHIDU JIEDU

医案追踪

医疗法律制度解读

尚金凯 主编



東北大學出版社
Northeastern University Press

医 案 追 踪

——医疗法律制度解读

主 编 尚金凯

东北大学出版社

· 沈 阳 ·

© 尚金凯 2012

图书在版编目(CIP)数据

医案追踪：医疗法律制度解读 / 尚金凯主编. —沈阳：东北大学出版社，
2012. 7

ISBN 978 - 7 - 5517 - 0181 - 5

I. ① 医… II. ① 尚… III. ① 医药卫生管理—法规—案例—中国
IV. ① D922. 165

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 151419 号

出版者：东北大学出版社

地址：沈阳市和平区文化路 3 号巷 11 号

邮编：110004

电话：024—83687331（市场部） 83680267（社务室）

传真：024—83680180（市场部） 83680265（社务室）

E-mail: neuph@neupress.com

http: //www. neupress. com

印刷者：沈阳市第二市政建设工程公司印刷厂

发行者：东北大学出版社

幅面尺寸：170mm × 240mm

印 张：13. 25

字 数：267 千字

出版时间：2012 年 7 月第 1 版

印刷时间：2012 年 7 月第 1 次印刷

责任编辑：王兆元 曹 壮 王延霞

责任校对：北 辰

封面设计：刘江旸

责任出版：唐敏志

ISBN 978 - 7 - 5517 - 0181 - 5

定 价：39.00 元

《医案追踪——医疗法律制度解读》

编 委 会

主 编 尚金凯

副主编 詹国章 康万军 王桂秋 黄海波

主 审 陈春森 王亚辉 赵 昕 刘成刚

编 委 (以姓氏笔画为序)

于长洪 王 飞 王丽君 王磊石 王振海

马 壮 司海利 李东文 李立忠 李延卫

刘永钰 刘 屹 肖金法 沙 英 卢 山

陈立民 陈 耀 陈昌海 陈春武 陈春池

吴毅平 何向东 武 志 孙铭成 苏金芳

柳青峰 康 华 周小龙 杨 光 戚文腾

黄馨冉 董春芳 颜鸿飞 游国峰 鲁 扬

蔡建珊

◎ 自 序

与几年前同辽宁省医学会合作出版《医案说法》相比，再一次迈出的这一步，依旧充满了艰辛。但是不管怎样，我总算又扬帆启航了！

我原本是一名从医十余年的临床医生。经历过第二军医大学为期六年的医学教育，确也有过悬壶济世的梦想。我的大学同学中，有许多人现在依然从事着医学工作，而且各自均取得了斐然的成绩，而我自己，也曾经是一名心血管专业的副主任医师。在做医生的绝大部分时间里，我从来没有想到会转行成为一名律师；我也从来没有想过在我担当律师之后，会结交这么多的医疗界的朋友；我更没有想过，有一天会用自己的心血去为诸位医生朋友们写些什么东西出来。自从受命于越来越多的医院担任法律顾问、维权律师之后，大量精力都投入在医疗卫生法律事务之中。包括处理各种各样的医疗纠纷，组织各种案例讲座，等等，探求如何防范医疗纠纷，如何妥善解决医疗纠纷。大量的鲜活的案件映衬在我的脑海之中，而且，越来越多，并挥之不去。累积太久，自然就产生了一种希望能够表达出来的冲动，而朋友们的信任与激励，给了我这样的机会。

我真心希望，通过我的努力能够回报朋友们的信任与期待。

尚金凯

2012年3月

目 录

第1章 医护执业准入系列

- 《执业医师法》，相逢何必曾相识？…………… 1
- 1.1 执业范围…………… 2
- 1.2 异地执业…………… 5
- 1.3 动车上的救助…………… 7
- 1.4 执业助理医师…………… 10
- 1.5 实习医生…………… 12
- 1.6 李代桃僵的护士…………… 14
- 1.7 非典与地震…………… 17

第2章 医疗机构设置系列

- 《医疗机构管理条例》，廉颇老矣，尚能饭否？…………… 21
- 2.1 机构变更…………… 23
- 2.2 个体行医…………… 25
- 2.3 诊疗范围…………… 27
- 2.4 分支机构…………… 29

第3章 医疗技术规范系列

- 没有规矩，不成方圆…………… 34
- 3.1 颅内肿瘤的放射治疗…………… 35
- 3.2 腹股沟血管瘤与放疗…………… 38
- 3.3 胃癌的诊疗…………… 40
- 3.4 腔镜治疗子宫内膜异位症…………… 44
- 3.5 血液透析与丙肝感染…………… 47
- 3.6 十八年前的病人…………… 49
- 3.7 一份惹来麻烦的病历…………… 52

第4章 药事法律系列

- 须臾不可分的医与药 55
- 4.1 罗哌卡因的适用范围 55
- 4.2 阿伐斯汀能用于临床吗? 58
- 4.3 一瓶过期的生理盐水 62
- 4.4 非正常渠道进药 64
- 4.5 多用了半瓶药 67
- 4.6 医院制剂——“解酒康”之乱 70

第5章 医疗新技术与医学伦理系列

- 己所不欲，勿施于人 73
- 5.1 新药的临床研究 74
- 5.2 谜一样的肾源 77
- 5.3 精神外科手术之殇 81
- 5.4 肠内营养之惑 85
- 5.5 第三类医疗技术 88
- 5.6 脱落在体内的导丝 91

第6章 院内感染系列

- 医者，父母心 95
- 6.1 柯萨奇 A 型病毒感染 96

第7章 医疗废物处理系列

- 100
- 7.1 截掉的肢体 100

第8章 尸体处理系列

- 死者为大 103
- 8.1 无法移动的尸体? 103

第9章 献血法系列

- 投之以木桃，报之以琼瑶? 107
- 9.1 抢救工友老张 108

第10章 精神卫生法律系列

- 老吾老，以及人之老 112
- 10.1 办理住院 112
- 10.2 真假精神病 115
- 10.3 谁是监护人？ 118

第11章 计划生育法律系列

- 璋瓦之乐 125
- 11.1 性别检查 126
- 11.2 妊娠中期引产 128

第12章 侵权责任法

- 律者，所以定分止争也 133
- 12.1 签字人是谁？ 134
- 12.2 告知，口头还是书面？ 137
- 12.3 术中，选择截肢 140
- 12.4 危症急救 143
- 12.5 你是小儿外科医生吗？ 146
- 12.6 遗失的心电图 148
- 12.7 一条扭曲的线 152
- 12.8 折断的钢板 154
- 12.9 患者的隐私权 157
- 12.10 过度医疗？ 160

第13章 传染病与职业病防治法

- 164
- 13.1 呼吸科病房里来了个肺结核 164

第14章 民法与医疗风险

- 从“医疗安全”到“患者安全” 167
- 14.1 电击事件 167
- 14.2 装修惹来的麻烦 171
- 14.3 跌倒的患者 174

14.4	医院内自杀	176
14.5	病房内的凶杀案	178
第15章 行政法与医疗风险		
	.....	181
15.1	多收了三千五	181
第16章 《刑法》与医疗风险		
	.....	184
16.1	远离毒品	184
第17章 《宪法》与医疗风险		
	.....	187
17.1	见死不救?	187
附 医疗法律法规名录索引		
	.....	191
后 记		
	.....	201

第1章 医护执业准入系列

——《执业医师法》，相逢何必曾相识？

曾几何时，在20世纪80年代，医生这个职业被尊为白衣天使或者白衣战士。见诸仅有的几种媒体上的报道，也几乎清一色的是病人在这些白衣天使手中如何起死回生，如何转危为安，等等。除了针对医生的工作态度之类的话题外，很少有人公开站出来指责医生们，更不用说去控告为数少得可怜的医院了。医患之间，医生处于绝对优势地位，医生的权威不容置疑，患者理所当然地信任医生，而且必须信任医生。在当初的缺医少药的年代，成为一名医生，是许多人的梦想。

当医生不需要资格考试，也从来没有过资格考试。这种情形一直持续到1999年5月1日。很难想象这样的状况如果持续到现在，会是怎样一种景象。《中华人民共和国执业医师法》（简称《执业医师法》）终结了几千年来在中国大地上原有的医生执业体系：不再是江湖郎中，也不再是师徒父子，而是需要通过职业准入的考试。而且，得以参加考试的人，也必须达到一定的教育水准，该法在第九条就规定，参加执业医师资格考试者必须是“具有高等学校医学专业本科以上学历，在执业医师指导下，在医疗、预防、保健机构中试用期满一年的”；等等。早在1999年就已经从事医生职业的人，按照该法自然而然地过渡为执业医师，因此，当时的人很难想象《执业医师法》所具有的划时代的意义。

《执业医师法》的核心就是医生的准入制度。围绕这一制度，我们有了执业医师资格考试，有了执业医师注册、变更注册制度和执业制度，就连医生的继续教育也被规定为法律制度。至于医师具体的职责，则以法定义务的形式被明确。尽管这些条款模糊并缺乏可操作性，但有了许许多多的罚则，有了非法行医的最初的概念，医生自己必须依法行医；医疗机构也必须依法行医，就连医院内部针对年轻医生的专业的调整，如内科改为儿科等，也必须办理复杂而严格的注册变更手续。

如此约束医生从事医疗活动，其目的只有一个：保护患者的利益，包括健康权、身体权和生命权。因为这一部法律，患者得以将其健康、身体乃至生命，交由法律意义上的“医师”去监管、调理和干预，其终极核心就是人身权的保护，也即人权的保护。在我国，只有医师与律师的准入与注册是以特别法、以法律的形式加以规范的。凸显在我国普通国民、普通人的权利受到了超越当时的时代的、空前的保护。

这就是《执业医师法》的精髓。

因为《执业医师法》所具有的超越当时的时代的这些特征，实践中，我们走过了漫长而艰难的道路。

1.1 执业范围

【医案寻踪】

廖某（女，42岁），一家公司的会计。2003年4月，廖某在单位组织的体检中发现左下腹部可疑包块，经当地某甲医院门诊检查，不排除腹部肿瘤的可能，并建议其及时住院诊治。住院后经与家人商议，决定接受该医院的建议，请南方某大医院的专家实施手术。手术如期举行，手术者方某是南方的一家医科大学附属医院的普外科教授，专长于肿瘤治疗。开腹后发现，肿瘤原发部位不在腹腔脏器，而是长在了右侧卵巢之上！经快速病理检查，术中诊断为右卵巢癌。眼见手术已经进行到这个阶段，术者方某决定自行操作，切除病变部位的卵巢及该侧附件组织并清扫周围的淋巴结。手术很快结束。患者术后恢复良好，对这位外地的专家自然也是千恩万谢。

2009年6月3日，辗转已经是卵巢切除术后第六年了，廖某在年度例行妇科体检中，又发现宫颈黏膜恶变，经确诊为宫颈癌。廖某在另外一家医院又一次接受了肿瘤切除手术治疗。经过这一次手术，廖某及其家人突然有了一个新发现：按照第二次手术医生的分析意见，尽管两次手术切除的肿瘤种类并不相同，但是按照妇科临床的常规，如果在实施第一次手术时一并切除子宫及宫颈，也许就不会有宫颈癌发生的可能，不会有第二次手术了。显然第一次手术做得有“问题”！经过多方咨询，廖某及其家属似乎感到已经抓到了要害——第一次手术的术者是位外科医师，而他却做了妇科手术！这叫什么？——按照《执业医师法》，这叫超范围执业，属于非法行医！

很快患者一行人出现在第一次为其做手术的当地某甲医院的医务科内，以该医院外请的教授超范围执业、属于非法行医为由，要求该医院赔偿损失。该医院在咨询了法律顾问之后，对当初整个医疗活动的定性有了明确了解，当事医生的医疗行为确有超越执业范围的事实存在。此后经过多次协商，最终双方以和解的方式了结争议。

【医案评说】

廖某及其家人的确抓到了本纠纷的要害——执业医师的执业范围问题。《执业医师法》第十四条规定，“医师经注册后，可以在医疗、预防、保健机构中按照注册的执业地点、执业类别、执业范围执业，从事相应的医疗、预防、保健业务。”所谓“执业范围”，指的就是与本案有关的“外科”或者“妇科”等专业范围。

按照这一规定，医师只能在已经注册了的专业之内从事医疗活动，只有这样才属于合法行医或者叫依法行医，否则，就是超越范围执业，就违反了《执业医师法》，理所当然地就属于非法行医了。

临床医学的执业范围，除了上述“外科专业”与“妇产科专业”之外，符合“执业范围”的专业区分还包括：内科、儿科、眼耳鼻喉科、皮肤病与性病专业；精神卫生专业；职业病专业；医学影像和放射治疗专业；医学检验、病理专业；计划生育技术服务专业、口腔专业；中医及民族医学专业等数十个专业。这在卫生部《关于医师执业注册中执业范围的暂行规定》（卫医发〔2001〕169号）中有明确的规定。

按照该规章的规定，医师进行执业注册的类别必须以取得医师资格的类别为依据，不得从事执业注册范围以外其他专业的执业活动。考虑到基层医院的特点，经批准，在县、乡级医院有多专业执业范围的例外。按照这一规定，医师注册后对于发生以下情形之一的，不属于超范围执业：“（一）紧急医疗救护；（二）临床医师依据《住院医师规范化培训规定》和《全科医师规范化培训试行办法》等，进行临床转科的；（三）依据国家有关规定，经医疗、预防、保健机构批准的卫生支农、会诊、进修、学术交流、承担政府交办的任务和卫生行政部门批准的义诊等情形。”与此相对照，转换执业范围也需要履行相应的审批程序。

透过本案，如果仅仅从微观上讲，尽管方某系一位普外科专业领域的知名医生，技艺水平堪称高手，本例之中第一次手术之后，也成功地切除了恶变组织，术后六年原有的卵巢肿瘤都没有复发。所谓第一次手术应当一并切除子宫及宫颈，也仅仅是一种临床学派与主张，并非妇产科技术规范。至于当时的处理方式是否构成医疗不当，也未可知。仅仅是因为相关医务人员不懂法，造成超范围执业，导致在面对纠纷与争议之时，处于被动地位，并遭致索赔。

透过本案，如果从宏观上讲，法律之所以设立临床医学的执业范围，完全是出于对患者权益的保护，因为现代医学早已不再停留于望闻问切、视触扣听的诊断水准以及很少的几种药物、简单的一些手术了。学科、专业、亚学科、亚专业等水准越来越高，专业内容也越分越细，设立执业范围也是医学科学发展的必然。这也给医疗机构及医务人员本身提出了新的问题：作为医疗机构整体，如何强化各个专业之间的信息联络，充分发挥各专业的优势，为临床所用；作为医务人员个人，如何兼备开阔的临床视野和精深的专业水准，为患者所用。在一些特殊情况下，法律允许医生在面临危急病患、急需抢救时，可以抛开“注册执业范围”，有权实施紧急医疗救护。同样是“超越执业范围”，却凸显着法律对于患者利益的维护。

本书第12章的12.5：“你是小儿外科医生吗？”之中，也有类似的涉法内容。

【法律常识】

(1) 执业注册为外科医师的，能否从事临床麻醉工作？这是否属于超范围执业呢？

注册为外科专业的医师完全可以从事麻醉工作，不属于前文所称的“超范围执业”。按照卫生部的《〈关于医师执业注册中执业范围的暂行规定〉说明》，一些特殊的临床专业，如麻醉专业、运动医学专业，划归为外科专业之内。除此之外，内科专业可以包含老年医学专业及传染病专业；妇产科专业可包含妇女保健专业；儿科专业包含儿童保健专业；精神卫生专业包含精神病专业、心理卫生专业；医学影像专业包含核医学专业；职业病专业包含放射病专业；至于肿瘤专业，依照该规章规定，则应按所从事具体业务工作注册相关专业，如内科专业、外科专业作为执业范围。

(2) 医师个人如何实现对其执业范围的变更？

按照卫生部的《〈关于医师执业注册中执业范围的暂行规定〉说明》，医师个人如果希望变更其原有的执业范围，必须履行法定的变更程序。包括提出书面申请，按照相关的具体要求填写“医师变更执业注册申请审核表”系列表格，执业机构、执业机构主管部门以及卫生行政部门（一般为各省、自治区、直辖市卫生厅、局及其下属医师协会或医学会）针对该医师的书面申请及“医师变更执业注册申请审核表”，出具审批核准意见及决定。此外，变更不同执业类别，须先依法取得拟变更执业类别的医师资格。实现执业变更还须满足以下两个条件之一：拥有比原专业学历更高一级的拟变更专业的学历（如本科后考研）；由卫生行政部门指定的培训机构进行系统培训和业务培训各两年或共计满两年（须脱产学习）。最后，还需要接受相关部门的注册培训并考核通过。

(3) “普通外科”的医生，从事骨科手术操作，是否构成超范围执业？

注册为“外科”的医师，其所从事的专业，可以包含普通外科、脑外科、胸外科、泌尿外科、矫形外科（即骨科）以及麻醉科专业等，其中普通外科还可以细化为头颈外科、腹部外科、肝胆外科等，所有这些专业细化，都属于外科专业，不属于超范围执业。也就是说，普外科医师完全有权利实施骨科手术，而无论其技术水平是否达到骨科医生的水准。临床上更习惯于将外科以下细分出来的科系称为“二级学科”。从某种意义上讲，普外科医师实施矫形手术，尽管不太符合情理，但符合法律规定。

前文已经提到的卫生部于2001年6月20日发布的《关于医师执业注册中执业范围的暂行规定》（卫医发〔2001〕169号）中，针对一系列的执业范围问题，已有明确的规定。

1.2 异地执业

【医案寻踪】

医师高某是外省的一名妇科医生，按照其自我推介，高某擅长妇科微创手术。经人推荐受聘到本地一家医院，并担任妇科主任。初到医院，高某便急于树立她自己的“妇科微创专家”的形象，执业注册地点变更手续还没有到手，就匆匆上岗了。很快，医院收治了一名子宫肌瘤患者于某（女，40岁），高某准备给她行阴式手术切除子宫肌瘤。

手术如期进行，但术中出现了意外，肌瘤剥离过程极不顺利。手术室外，患者家属在等待，从上午9:00患者进入算起，到下午、到傍晚时分，漫长的过程。由于反复剥离操作，致使周围组织发生损害，出现了阴道—膀胱贯通损伤。最终，由于无法修复，不得不终止手术。患者被立即转往上级医院，实施了开腹手术以期修复损伤，但遗憾的是修复手术也宣告失败，患者形成了阴道膀胱瘘！此后数年，历经多次手术，才得以治愈。

这自然是一场纠纷。诉讼之中自然涉及了高某的职业资格与执业注册问题。经调查，高某恰好于这次手术的前一周将注册地点变更为于某接受手术的这家医院。这样一来就排除了因异地注册导致的非法行医的情形。后来，当地医疗事故技术鉴定办公室受理了这起医疗争议案件，并将其鉴定为医疗事故，患者于某最终获得了赔偿。

【医案评说】

手术当时医生是否具备执业资质，是本案的核心焦点之一。《执业医师法》第十四条规定，医师必须在其执业注册的指定地点，在其注册的专业范围内，从事执业活动。否则就违反了《执业医师法》，而违反法律的医疗活动无论其结局如何，都不属于合法行医，而只能是非法行医了。任何争议不论其内在的具体医疗行为如何实施、医疗活动如何展开，一旦被认定为非法行医，均无须履行任何鉴定程序，法院会依照《中华人民共和国侵权责任法》（简称《侵权责任法》）第五十八条的规定，径直推定由非法行医的民事主体——该医院——在最大的范围内承担全部民事责任。本案，由于仅仅一周之差，不存在异地注册的非法行医的情形，就有资格进行医疗事故技术鉴定，并通过鉴定确定赔偿责任。

有关执业医师注册地点问题，是多年来全国人大与政协两会的热点议题，尽管目前部分地区已经率先对唯一注册地点的规定在一定条件下作了调整，但是远没有达到自由执业的程度。实际上是否放松执业地点，对医生的注册给予“松绑”，与医疗安全抑或说患者的人身安全之间并无真正意义上的关联存在。圈定注册执业地点，与其临床技术水平毫无关联；与其履行《执业医师法》第三章的执

业规则乃至执业道德也没有任何关联。现代法律从不设定人身依附关系，执业医师也不例外。任何“自由”的对价，包括行医自由的对价，只有一个就是独立承担责任。医生的“走穴”问题，不应当由《执业医师法》调整，这仅仅是医生与其雇主之间的劳动合同问题而已。例如，某甲医院在与医生签署的劳动合同上约定，严格禁止本单位医师在职期间兼职行医行为，那么，该医院内任何医生的兼职行医行为，就属于违约行为。该医院有权利对该医生的兼职实施追索或加倍追索。如果该医院允许或有条件地允许，就另当别论了。至于因此而导致的医疗损害的处理与归责问题，则是再简单不过的事了——如果行医的处所具备医疗机构资质，由该医疗机构承担民事责任；如果行医的处所不具备医疗机构资质，则按照《中华人民共和国刑法》（简称《刑法》）第三百三十六条有关非法行医罪论处；医疗机构资质没有问题，但是存在“走穴”医生个人或医疗机构超范围执业等非法行医问题，则可以依法推定其承担全部民事责任。所以，这一限制医师在注册地点执业的规定，限制了医院之间、不同医院的同行之间合理的专业交流，也最终限制了临床医学的交流与发展，应当及早予以废止。但是，对于每一位执业医师个体而言，至少在修改《执业医师法》第十四条之前，作为执业医师必须严格遵守法律的相关规定。

【法律常识】

（1）在现阶段，如何合法办理医师赴外院会诊手续？

2005年7月1日开始实施的《医师外出会诊管理暂行规定》是卫生部颁布的针对《执业医师法》第十四条，即医师只能在注册地点执业的强制性规定的一种变通性规定。按照这一规章之规定，现阶段，任何境内的医师外出会诊，须经该医师所在医疗机构批准，方可接受其他医疗机构的特定的患者开展院外医疗活动的请求。受邀请医师与发出邀请的医疗机构的诊疗活动均应在注册范围之内，两家医疗机构之间应当交换书面邀请书与应邀书等文书。在此前提下所实施的医疗行为，才属于合法行医行为。

该规章明确规定，任何医师未经所在医疗机构批准，不得擅自外出会诊。否则即为异地行医，属非法行医行为。

（2）医师个人如何依法办理多点执业的手续？

按照2009年9月11日卫生部发布的《关于医师多点执业有关问题的通知》，针对医师多点执业行为可以分为三类进行管理。第一类是政府指令。诸如执行卫生支农等对口支援的政府指令与任务。第二类是医疗合作。医疗机构之间开展医疗协作与合作的，相关医疗机构须经各自医疗机构“医疗机构执业许可证”的登记机关审核并备案。备案内容包括参与合作的医师的各项执业信息。第三类是主动受聘。前两类均为医疗机构的单位行为，只有第三类情形才是源于医师个人的自主执业选择的行为。医师个人有机会受聘同时在两个以上医疗机构内执业的，

须向卫生行政部门申请增加注册的执业地点，并获得批准。

打破医师个人的人身禁锢，解放医师执业的地点限制，开展医师多点执业行为，有利于推动医务人员的合理流动，有利于促进不同医疗机构之间人才的纵向和横向交流，有利于患者就近就医。但由于原有计划经济时代所遗留的印痕，涉及医师的执业管理以及所谓事业单位的人事管理制度的重大调整，卫生管理机关难以在短时间内完全解除《执业医师法》第十四条这一带有人身依附色彩的条款。由于现实需要与法律制度的冲突，所以如何解决多点执业问题，一直是困扰卫生行政管理的一道难题。《关于医师多点执业有关问题的通知》的意义在于首次以规章的形式打破了只能在一家医疗机构注册执业的禁锢，为今后医师自由执业首开先河。该通知规定：医师原则上应当在同一省、自治区、直辖市内执业，同时执业的地点不超过3个；省级卫生行政部门还应规定医师受聘在两个以上医疗机构执业应当符合的条件，诸如该医师的专业技术任职资格（一般为高级技术职称）、身体健康状况、工作任务完成情况以及与聘用医疗机构签订的劳动合同，等等。

1.3 动车上的救助

【医案寻踪】

2008年5月3日，在北京驶往沈阳的D×次动车上发生了一起突发事件：列车上的一位3岁的小女孩儿突然出现异常，她的脸憋得青紫，想喊又喊不出来。原来她在摆弄彩球玩具时，不慎将彩球吞入了自己的气管！孩子的爸爸立即把孩子倒着抱起来，在孩子的后背又是捶又是扣，可没有效果；孩子的妈妈哭喊着找到并告诉了列车员，很快列车的广播里传出求救通知，希望同车内的医生乘客赶往事发车厢抢救患儿！孩子身边已经聚集了一些人，大家都手足无措。广播还在进行着，一位中年人拨开人群来到孩子身边，对着孩子的父母和列车长，自报家门地说：“我是某市的一名内科医生，姓陈，让我试试吧！”这位陈姓医生用最短的时间对孩子进行了检查，此时孩子已经出现窒息的情况，必须迅速采取措施，切开喉管，解除气道的阻塞！孩子的父母无奈之下只得同意了。接着陈医生向周围的人要来一瓶高度白酒，将白酒涂抹在孩子的颈部，然后让人取来一柄水果刀和一支笔的笔管，用白酒反复仔细地擦过后，切开了患者的颈部，然后把事先准备好的笔管插入了孩子的气管，从孩子的喉咙里发出“欧”的一声，气道通畅了！孩子得救了。

一个月后，陈医生收到了一封来自被救孩子父母的信函，信中说，孩子已经完全康复了。

【医案评说】

这似乎是一个很理想的结局，没有投诉，没有争议，没有纠纷。医患之间有的只是一种信任，一种来源于各自内心的、最为朴素的信任：患者对于当时实施抢救的陈医生的信任是基于人的最善意的本能，而陈医生对于当时被救孩子父母的信任则是基于一名医生的本分。没有人怀疑医生的善意，没有人怀疑医生的能力，一切都是如此突然、如此自然。没有人要求这位实施抢救的医生，在实施救助之前必须亮出他的医师资格证。当然也没有签字。仿佛一切的一切又回到了从前，从现在拥有完备而复杂的法律体制的时代，回到了那个民事法律制度不健全、缺乏法律制度，却并不缺乏人间真情的时代。这位陈医生没有想到，他的这个施救行为会伴随着以下法律风险：①超越注册地点执业问题，施救地点是在动车之上，而不是在他日常工作的医院；②超越执业范围问题，他可能是位非外科执业医师；③没有依照《侵权责任法》第五十五条之规定，履行书面告知义务，并因此承担不利后果；④没有使用符合医疗操作规范允许的、严格灭菌的医疗器械；等等。按照现行法律、法规乃至规章、规范，这位医生面临着太多、太多的法律风险了。在这里，关于第①，②两点法律风险，根据《执业医师法》第二十四条，“对急危患者，医师应当采取紧急措施进行诊治；不得拒绝急救处置。”可以因此免于注册地区的限制。关于第③点法律风险，按照《侵权责任法》第五十五条的规定，这位医师实施处置行为（气管切开）的前提是得到患者或者授权人的书面同意。这一点显然没有满足法律要求！《侵权责任法》第五十六条也救不了这个“急”！因为第五十六条规定“因抢救生命垂危的患者等紧急情况，不能取得患者或者其近亲属意见的，经医疗机构负责人或者授权的负责人批准，可以立即实施相应的医疗措施。”这是一种在无法取得患者及其近亲属书面同意的情形之下适用的条款。至于第④点这一风险，更是无法排除，事后局部感染是不可避免的，但是请记住，感染，即便最为严重的感染，也都是发生在具有生命的活体之上的，如果不去施救，孩子死了，自然就不会发生局部感染了。还有想象不到的风险：如果孩子抢救失败，切开气管之后仍然没有恢复自主呼吸呢？或者插管后感染，患儿终因局部感染扩散至全身，感染性休克而死亡呢？这位陈医生会不会因为患儿发生的不幸结局，而惹上“官司”呢？

纷繁的法律制度使得医生在行医之时，首先想到的已经不是患者病情的需要，而是法律制度规定的允许或不允许了。法律干预医疗行为的本意，在于规范不正规的医疗行为，保障患者健康利益，却忘记了法律原本是一柄双刃剑，在规范医生行为的同时，医患之间传统的信任与朴素的善意也被一并割裂开来了。

法律代替不了道德，至少在中国是如此。中国传统文化讲求一个人内心世界应当自省，强调在道德层面的自我约束。用“慎独”这一个词，就可以表明这种源于内心的自敛。而建立在西方法律体系之上的现行法律，则不然。现行法律旨